



Teléfono: (336) 448-2427 • www.gapgi.com • Fax: (336) 765-2869

Proporcionando atención gastroenterológica compasiva y centrada en el paciente en el área metropolitana de Triad

Autorización para la revelación de información médica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ MRN de Epic: _____ (solo para uso del consultorio)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos): ____ - ____ - ____

Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

INFORMACIÓN DE QUIENES REVELAN LOS EXPEDIENTES:

Nombre del consultorio médico: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Fax: (____) ____ - ____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

LOS EXPEDIENTES SE REVELARÁN A:

Nombre del consultorio médico: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Fax: (____) ____ - ____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

EXPEDIENTES QUE SE REVELARÁN:

Fechas o rango de fechas del servicio: _____

Tipo: Todos los expedientes Solo notas del consultorio Solo procedimientos/patología Solo exámenes de laboratorio Solo informes de imágenes

Otros: _____

Motivo: Continuación de la atención médica con otro proveedor Nuevo gastroenterólogo Uso personal

Otros: _____

Indique si NO quiere que se publiquen los expedientes por lo siguiente:

NO compartir los expedientes sobre el tratamiento por abuso de drogas o alcohol

NO compartir los expedientes relacionados con el tratamiento de trastornos psiquiátricos o de salud mental

AUTORIZACIÓN:

- 1) Esta autorización se puede revocar en cualquier momento de acuerdo con las prácticas de privacidad de GAP. Esta solicitud se debe hacer por escrito y se debe enviar al mismo lugar que la solicitud original. Si es posible, adjunte una copia de la revelación. El tratamiento, el pago y la inscripción en los planes médicos no están condicionados a la firma de esta autorización.
- 2) Después de revelar los expedientes, la información ya no está protegida por GAP y podría ser revelada por la parte que los recibió. GAP, sus empleados, directores y médicos tratantes están exentos de responsabilidad u obligación legal por la revelación de la información mencionada arriba, en la medida que se indique y autorice.
- 3) He leído y entiendo esta información. Yo, el paciente o una persona autorizada para actuar en nombre del paciente para firmar este documento, recibí una copia de este formulario que verifica la autorización para el uso o revelación de la información médica protegida según los términos arriba establecidos.

Autorizo la revelación de la información médica como se indica arriba. Esta autorización vence en 90 días.

Firma del paciente (o representante legal y relación con el paciente)

Fecha de la solicitud

Firma del testigo

Fecha